

Verwarrende symptomen door gebruik van verschillende drugs

Hans Post

Inleiding

Op een vrijdagmorgen word ik, werkzaam als verslavingsarts bij Centrum Maliebaan, gebeld door een verpleegkundige van de nachtopvang van de GG en GD. Daar is afgelopen nacht een cliënt opgenomen en is men zeer bezorgd over zijn somatische conditie. Hij maakt de indruk koortsig te zijn, is niet goed aanspreekbaar, zakt voortdurend weg en klaagt over hoofdpijn. Zij durven hem niet op straat te zetten. Ik vraag of iemand de temperatuur wil opnemen en zo mogelijk ook de bloedsuiker te bepalen. De temperatuur is 37,8°C en de bloedsuikerwaarde 6,8 (normale waarde schommelt tussen de 4 en 8). Cliënt is bekend als harddruggebruiker. Hij zou de afgelopen nacht nog gebruikt hebben. De hoeveelheden zijn niet duidelijk. Ik besluit later op de ochtend een visite aan de nachtopvang te brengen.

Om twaalf uur zie ik een matig verzorgde man van dertig jaar, met veel slecht genezen wondjes in het gelaat en op de onderarmen. Hij ligt in een normale slaaphouding en is moeilijk te wekken. Hij reageert niet op aanspreken. Na toedienen van een pijnprikkel ontwaakt hij geïrriteerd. Hij reageert verward op mijn vragen maar weet wel waar hij is en werkt slecht mee aan het lichamelijk onderzoek. Hoewel hij transpireert en warm aanvoelt, is de temperatuur niet verhoogd (36,5°C). Hij heeft matig wijde pupillen (niet vernauwd of extreem wijd), ruikt niet naar alcohol en bij het lichamelijk onderzoek worden geen bijzonderheden geconstateerd. Hij maakt een zeer suffige indruk en zakt tijdens het onderzoek regelmatig weg.

Bespreking

Wat is de diagnose van het bovenstaande probleem?

1. Een normale bloedsuiker sluit een slecht gereguleerde diabetes uit.
2. Hoewel er sprake is van een lichte verhoging worden er bij lichamelijk onderzoek geen bijzonderheden geconstateerd, die op een infectie kunnen wijzen.
3. Bij uitwendige inspectie van het hoofd-halsgebied zie ik geen zichtbare verwondingen, er is geen sprake van verschil in grootte van de pupillen en ik constateer geen reflexverschil tussen links en rechts aan armen en benen. Een epiduraal hematoom (slagaderlijke bloeding tussen schedeldak en hersenen) is daarom niet zo waarschijnlijk.
4. Patiënt slaapt in een normale slaaphouding en kan (tijdelijk) gewekt worden tot volledig bewustzijn. Dit in tegenstelling tot patiënten met een hersenbloeding.
5. Vanwege het schommelend bewustzijn is er de mogelijkheid van een delirium. Maar de patiënt is niet gedesoriënteerd, er zijn geen waarnemingsstoornissen en evenmin tekenen van autonome hyperactiviteit (bijv. overmatig transpireren, snelle pols en verhoogde bloeddruk).
6. Een overdosis heroïne kan ook bewustzijnsdaling geven, maar er is geen langzame ademhaling en er zijn geen sterk vernauwde pupillen.
7. Bewustzijnsdaling door alcoholgebruik is een mogelijkheid, maar ik ruik geen alcoholgeur.
8. Een overdosis benzodiazepinen is mogelijk maar de cliënt praat niet met dubbele tong, er zijn geen coördinatiestoornissen en ik constateer ook geen nystagmus (oogbolschokken).

Hans Post (✉)

H. Post is verslavingsarts bij Centrum Maliebaan te Utrecht.

Mijn conclusie is dat er hier sprake is van totale uitputting na een periode van langdurig cocaïnegebruik. Dit ziektebeeld werd in 1990 voor het eerst door Sporer en Lesser omschreven in de *Annals of Emergency Medicine* als het ‘cocaïne washed-out syndrome’. Hoewel het ziektebeeld al jaren bekend is, kent men de exacte fysiologische oorzaak van deze aandoening niet. De meest logische verklaring is een tekort van neurotransmitters. Het is een diagnose die gesteld wordt door andere oorzaken uit te sluiten.

Individueen met dit ziektebeeld worden regelmatig aangetroffen in gebruikersruimten, opvangcentra, de eerste hulp en de cel. Je ziet het soms optreden na inname van relatief kleine hoeveelheden benzodiazepinen, die gegeven zijn om een opwindingsstoestand door een vermoedelijke cocaïne-intoxicatie te behandelen. Het bewustzijnsniveau kan variëren; het kan incidenteel dusdanig gedaald zijn dat patiënten niet meer reageren op stimuli als pijn, bloed prikken of intubatie. De hartfrequentie en de bloeddruk zijn in het algemeen normaal en de huid voelt warm aan. De patiënt lijkt in een diepe slaap. Bij neurologisch onderzoek vind je geen afwijkingen, soms zijn de reflexen wat vlak. De pupillen zijn normaal van grootte en reageren op licht en aanraking. Wanneer de diagnose duidelijk is en de symptomen mild, kun je de patiënt het beste rustig laten slapen.

Vervolg

De patiënt mag in de nachtopvang blijven en wordt om de twee uur gewekt, voor het geval er zich een echte bewusteloosheid manifesteert. 's Avonds verslechtert de situatie. Hij wordt onrustig, rillerig en snotterig en klaagt over buikpijn en misselijkheid. De temperatuur is 37,6°C. Een dienstdoend huisarts wordt ingeschakeld en verwijst de cliënt naar het ziekenhuis. Daar wordt hij uitgebreid onderzocht en vervolgens terug verwezen naar de nachtopvang.

Bespreking

Bovenstaande klachten passen bij een grote groep aandoeningen. Omdat de huisarts slechts beperkt op de hoogte is van de voorgeschiedenis en levensomstandigheden van de patiënt, besluit hij de patiënt naar het UMC door te verwijzen om een mogelijke colitis (darmontsteking) na excessief cocaïnegebruik uit te sluiten. Intestinale (darm)bloedvaten zijn namelijk zeer gevoelig voor

de vasoconstrictieve (vaatvernauwende) effecten van cocaïne. Het gevolg daarvan is dat het transport van zuurstof en voeding naar het darmslijmvlies vermindert (ischemie). Dit kan optreden onafhankelijk van de wijze van toediening. Het is onder meer beschreven bij bolletjesslikkers bij wie een bolletje is gaan lekken (lokaal prikkelende en vaatvernauwende werking van in de buik terechtgekomen cocaïne).

Het klinisch beeld varieert en hangt af van de ernst van de ischemie, het bloedvat dat is aangedaan en de tijdsduur tussen het begin en het moment van presentatie. De buikpijn is vaak zeer hevig en disproportioneel, vergeleken met de andere klinische verschijnselen. Andere klinische verschijnselen zijn koorts, drukpijnlijke buik, weinig darmperistaltiek en (soms) bloederige diarree. Tijdens het onderzoek in het UMC wordt een colitis echter uitgesloten.

De oorzaak van de buikklachten van deze patiënt is opiaatonthouding. Veel dak- en thuisloze gebruikers van cocaïne nemen regelmatig ook heroïne om de effecten van het stimulerend middel te dempen. De lichamelijke onthoudingsverschijnselen van opiaten ontstaan zes tot tien uur na de laatste dosis heroïne. Het begint met rusteloosheid, vervolgens (15 uur na de laatste dosis) krijgt de patiënt kippenvel en begint de transpireren. Twintig tot 24 uur na de laatste inname wordt het beeld gekenmerkt door toenemende onrust, hyperventilatie, lichte koorts, braken en diarree.

Tot besluit

Deze zwaar verslaafde patiënt vertoonde binnen 24 uur twee verschillende, als ernstig imponerende, somatische ziektebeelden, beide uiteindelijk samenhangend met drugsgebruik. Tijdig inschakelen van een arts, een beschikbare anamnese en goed uitgevoerd somatisch onderzoek bleken voldoende om tot goede diagnostiek en een adequate behandeling te komen.

Literatuur

- Paepe, P. de, Sassenbroeck, D. van, Calle, P., & Buylaert, W. (2002). De klinisch-farmacologische aspecten van frequent gebruikte drugs. In *Ziektebeelden onder spoedeisende omstandigheden: paddestoelen, planten, pillen en partydrugs* (PAOG-cursuscyclus Urgentiegeneeskunde). Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Sporer, K.A., & Lesser, S.H. (1990). Cocaine washed-out syndrome (letter to editor). *Annals of Emergency Medicine*, 19, 1422.